様式第１２号

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更等の区分 | | 新 | 旧 |
| 保険医療機関  保険薬局 | 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒　　-　　　℡(　　　)　 　- |  |
| 開設者 | 住所 | 〒　　-　　　℡(　　　)　 　- |  |
| 氏名又は名称 |  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 職名 |  |  |
| 標ぼうしている診療科目 | |  |  |
| 主として担当する  医師、歯科医師  又は薬剤師 | 氏名 |  |  |
| 経歴 | 別紙様式3 （薬局の場合様式10） |  |
|
|
| 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 | | 別紙様式4 |  |
| 調剤のために必要な  設備及び施設の概要 | | 別紙様式11 |  |
| 自立支援医療を行うための  入院設備の定員 | | 人 | 人 |
|
| 指定居宅サービス事業者  ・指定訪問看護事業者 | 名称 |  |  |
| 主たる事務所の  所在地 | 〒　　-　　　℡(　　　)　 　- |  |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒　　-　　　℡(　　　)　 　- |  |
| 職員の定数 | 別紙様式20 |  |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 備考 | |  | |
| 上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第６４条の規定により変更がありましたので届け出ます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　（宛先）名古屋市長  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者 | | | |